

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RUPTURES ASSOCIÉES
DE LA RATE
ET DU REIN GAUCHE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Juin 1937

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Henri LEIBOVITCH

Né le 29 Avril 1904, à Plovdiv (Bulgarie)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{	MM. HAMANT, professeur . .	<i>Président</i>
	BINET, professeur	{ <i>Juges</i>
	MUTEL, agrégé.	
	BODART, agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE A. TOLLARD

2-4, Rue de Maréville, 2-4

NANCY-LAXOU

1937

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RUPTURES ASSOCIÉES
DE LA RATE
ET DU REIN GAUCHE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Juin 1937

POUR OBTENIR LE TITRE DE
Docteur de l'Université de Nancy
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Henri LEIBOVITCH

Né le 29 Avril 1904, à Plovdiv (Bulgarie)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : {
MM. HAMANT, professeur . . . Président
BINET, professeur . . . }
MUTEL, agrégé . . . }
BODART, agrégé . . . }
Juges

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses
parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE A. TOLLARD
2-4, Rue de Maréville, 2-4
NANCY-LAXOU

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I $\star$; WEISS, O $\star$, I $\star$;

BOUIN, O $\star$, I $\star$; ANCEL, $\star$, I $\star$; GARNIER, $\star$, I $\star$;

MACÉ, $\star$, I $\star$; P. PARISOT, O $\star$, I $\star$; DUFOUR, $\star$, I $\star$;

Professeurs :

Anatomie pathologique
Clinique des malad. syphilit. et cutanées
Cliniq. de chir. infantile et d'orthopédie
Physiologie
Clinique obstétricale et Accouchements .
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique de chirurgie urinaire
Histologie
Anatomie descriptive
Clinique chirurgicale
Clinique médicale
Chimie médicale
Clinique médicale
Hyg. ène et médecine préventive
Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Hydrologie
Clinique des maladies des enfants
Bactériologie et parasitologie médicale ...
Thérapeutique

M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\star$.
M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.
M. FRÉLICH, $\star$, I $\star$.
M. M. LAMBERT, $\star$, I $\star$.
M. A. FRUHNHOLZ, O $\star$, I $\star$.
M. P. JACQUES, $\star$, I $\star$.
M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\star$.
M. R. COLLIN, $\star$, I $\star$.
M. M. LUCIEN, $\star$, I $\star$.
M. G. MICHEL, $\star$, I $\star$.
M. L. RICHON, $\star$, I $\star$.
M. H. ROBERT, $\star$, I $\star$.
M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$.
M. J. PARISOT, C $\star$, I $\star$.
M. HAMANT, $\star$, I $\star$.
M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\star$.
M. SANTENOISE, $\star$, $\star$, $\star$, A $\star$.
M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\star$.
M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$.
M. SIMONIN, I $\star$.
{ M. L. JOB, $\star$, I $\star$;
M. WATRIN, $\star$, I $\star$;
M. BINET, $\star$, I $\star$.

Professeurs sans chaire.....

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses ..
Pathologie générale
Clinique gynécologique
Pathologie externe
Clinique des maladies contagieuses
Clinique des vieillards.
Propédeutique dermatologique
Médecine opératoire
Electrothérapie et radiologie
Accouchements (cours théorique)
Obstétrique
Clinique propédeutique médicale.....
Anatomie et Médecine légale
Pathologie interne.....
Clinique des maladies mentales
Éducation physique (I)
Physiologie du travail
Clinique neurologique (I)
Propédeutique O.-R.-L. (I)
Parasitologie.....

{ M. ABEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
M. P. SIMONIN I $\star$, prof.
M. DROUET, I $\star$, agrégé.
M. A. BINET, $\star$, I $\star$, prof sans chaire
M. GUILLEMIN, A $\star$, agrégé.
M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$, professeur.
M. DROUET, I $\star$, agrégé.
M. WATRIN, $\star$, I $\star$, prof. sans chaire.
M. M. BARTHELEMY, $\star$, I $\star$, agr. libre.
M. G. LAMY, $\star$, I $\star$, ch. du c. ag. lib.
M. JOB, $\star$, I $\star$, prof. sans chaire.
M. VERMELIN, $\star$, I $\star$, agrégé.
M. KISSEL, agrégé.
M. MUTEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
M. ABEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
M. HAMEL, $\star$, docteur.
M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
M. MICHON, docteur.
M. AUBRIOT, docteur.
M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERKLEN, A $\star$.
FLORENTIN, A $\star$
BODART.
CHALNOT.
WOLFF, A $\star$.

MM. POURSINES.
MELNOTTE, O $\star$.
MUTEL, $\star$, I $\star$.
VERMELIN, $\star$, A $\star$.

MM. GUILLEMIN, A $\star$
ABEL, $\star$, A $\star$.
DROUET, A $\star$.
SIMONIN, A $\star$.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\star$; S. RÉMY, I $\star$; BUSQUET, I $\star$.
BARTHELEMY, $\star$, I $\star$; LAMY, $\star$, I $\star$;
M. E. TRIBOLET, I $\star$, Secrétaire.

(I) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

AUX MÉDECINS

*Aux vrais, qui ne voient pas dans
le malade que le client et qui, com-
me P. Cibrié pensent : « Le médecin
doit être tout amour. »*

A LA FRANCE

*pour la remercier de son hospitalité
et d'avoir formé mon esprit.*

A la mémoire de M. le Professeur G. MICHEL,

*qui devait présider cette thèse et
qu'une mort prématurée a enlevé à
l'affection de ses élèves.*

A mon Président de Thèse,

M. le Professeur A. HAMANT,

Professeur de Clinique Chirurgicale,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

*pour le remercier d'avoir bien voulu
accepter cette présidence.*

INTRODUCTION

Cette thèse nous a été suggérée par le D^r GUIBAL, chirurgien des hôpitaux, ancien chef de clinique de notre Maître, le Professeur MICHEL.

Le cas de ruptures associées de la rate et du rein gauche étant assez rares, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'apporter notre très modeste contribution en groupant quelques observations nouvelles; en étudiant l'anatomie pathologique, la symptomatologie, les données nécessaires à un diagnostic difficile, l'évolution, le pronostic, la nécessité de l'intervention chirurgicale, enfin l'étude de la conduite à tenir et du traitement.

HISTORIQUE

Les contusions de l'abdomen sont extrêmement fréquentes et les lésions observées sont très variées. Si la rupture de la rate seule est d'observation courante et a été particulièrement étudiée dans ces dernières années (J. QUENN, de Lyon), d'autres organes peuvent être lésés, en même temps que la rate. Au nombre de ces lésions associées, il convient de faire une place à part à celles de la rate et du rein gauche, organes voisins de l'hypocordre gauche.

La plus ancienne observation de rupture associée de la rate et du rein gauche fut publiée en 1861 par FISCHER. Le blessé mourut en quelques heures sans avoir été opéré. L'autopsie montre une rupture de la rate et des lésions traumatiques du rein gauche. En 1885, RADDICH fit la première splénectomie pour rupture traumatique de la rate. Le blessé mourut rapidement et là aussi l'autopsie démontra qu'il existait des déchirures du rein gauche qui ont passé inaperçues.

En 1889, WIER fut le premier à pratiquer l'ablation de la rate et du rein gauche. Le malade survécut neuf heures.

En 1893, HERSEY eut la chance de voir un blessé qu'il avait splénectomisé et néphrectomisé guérir.

Depuis quelques années les observations publiées des ruptures associées de la rate et du rein gauche son

devenues moins rares. A la Société de Chirurgie de Paris, d'ALLAINES a fait dernièrement un rapport très intéressant sur des observations de P. GOIGNARD (Alger) en insistant sur leur intérêt.

D'après ALLAINES, « si l'on cherche dans une statistique d'ensemble des contusions spléniques la fréquence de leur association avec une lésion rénale, on trouve un chiffre de 10 %.

MICHELSON estime ce chiffre à 12 % et Jean GUENN, de Lyon, sur 151 observations de rupture traumatique de la rate, relève 15 cas de lésions du rein gauche. »

Quant à nous, nous avons vu une vingtaine d'observations de ruptures associées de la rate et du rein gauche, ayant nécessité une intervention dont quelques-unes avec succès.

GOIGNARD a présenté 44 observations de ruptures des deux organes.

RICARD et MORESTIN (*in* Thèse VAUVERTS) rapportent un cas complexe de lésions traumatiques de la rate, du rein gauche et du pancréas.

SCHÖNWERTH cite aussi un cas de rupture des deux organes. Enfin les observations du service de notre Maître, le Professeur MICHEL, que nous publions dans le chapitre des observations, et celles de Bordeaux et de Lyon.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

a) FRÉQUENCE.

Nous avons vu dans notre chapitre sur l'historique de la question que le nombre des ruptures associées de la rate et du rein gauche n'est pas considérable.

H. VIOLLET, dans sa thèse, est arrivé au total de 46 observations. BESRNER, sur 23 observations de rupture de rate, trouve trois fois des lésions du rein.

PLANSON remarque que sur les 12 cas de rupture de la rate présentés à la Société de Chirurgie de Paris de 1900 à 1909, il y avait quatre fois des lésions du rein (LECÈNE, LOISON, AUVRAY, CAPLESCO). Il en publie lui aussi deux observations personnelles. BAURIC, dans sa thèse, en note un cas. FERRY DE LA BELLONE, sur 24 observations de rupture de la rate, signale trois fois des lésions du rein.

PUEL, en 1916, apporte deux cas nouveaux.

La thèse de LARDENNOIS rapporte, sur 770 cas de ruptures traumatiques du rein, neuf ruptures associées à des ruptures de la rate.

En 1926, J. QUENN, sur 151 observations de rupture de la rate, observe 15 cas de lésions concomitantes du rein.

b) L'ÂGE ET LE SEXE.

L'âge et le sexe sont variables. Le plus souvent, il s'agit de sujets mâles et jeunes, de 10 à 30 ans. Dans les observations que nous avons, le plus jeune avait 7 ans, le plus âgé 57 ans.

c) LES ANTÉCÉDENTS.

Dans les antécédents de ces blessés, on a rarement noté des antécédents pathologiques importants, à la différence de ce qu'on observe parfois dans les ruptures de la rate seule.

Ceci se conçoit aisément, car si les ruptures spontanées de la rate sont observées assez souvent, au moins par les chirurgiens des pays chauds, le même phénomène ne s'observe guère au niveau du rein.

d) LE TRAUMATISME.

Il faut donc un traumatisme important pour léser en même temps que la rate, le rein. Le plus souvent il s'agit d'accidents de voiture, d'automobile, de motocyclette. Parfois, une chute d'un lieu élevé ou un coup de pied de cheval ou encore le blessé a été écrasé entre deux obstacles quelconques.

MODE D'ACTION DES TRAUMATISMES.

Le mode d'action des traumatismes est variable. Tantôt pour la rate c'est une côte fracturée qui vient la léser, tantôt pour la rate comme pour le rein, les deux organes sont écrasés entre deux corps solides, l'un formant point d'appui et l'autre la force traumatique (le sol et la roue d'un véhicule par exemple). Parfois aussi par choc contre les os voisins.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° LES LÉSIONS DE LA RATE.

Les lésions causées au niveau de la rate par les traumatismes extérieurs peuvent aller depuis la contusion la plus légère jusqu'à la destruction complète de l'organe.

a) LA CONTUSION SIMPLE se traduit uniquement par la formation de petites ecchymoses sous-capsulaires.

Les ecchymoses ne pénètrent pas dans l'épaisseur du parenchyme splénique. Ces lésions guérissent le plus souvent elles-mêmes en quelques jours.

b) LA CONTUSION AVEC DESTRUCTION ÉTENDUE DU PARENCHYME. Il y a formation d'un hématome volumineux sous la capsule restée intacte.

Le parenchyme est dilacéré en un ou plusieurs points, tandis que la capsule fibreuse de l'organe est restée intacte.

Il se forme dans l'épaisseur de la rate un véritable hématome.

c) LA RUPTURE est caractérisée par la déchirure de la capsule propre.

Elle peut aller depuis la fissure superficielle jusqu'à la destruction totale de la rate.

La capsule propre de la rate se trouvant rompue, l'hémorragie se fait et s'écoule librement dans la cavité péritonéale; les ruptures proprement dites se classent en trois catégories; les déchirures, les dilacérations et les arrachements.

Les déchirures ont la forme de plaies plus ou moins profondes. Elles peuvent être très superficielles et n'intéresser que la capsule et les couches immédiatement sous-jacentes du parenchyme. Dans d'autres cas, la déchirure pénètre assez loin dans l'épaisseur du parenchyme et se présente sous l'aspect d'une fente de profondeur appréciable.

Quelle que soit leur profondeur, les déchirures sont assez souvent multiples.

Les dilacérations sont caractérisées par ce fait que le parenchyme splénique se trouve détruit sur une étendue plus ou moins considérable. La rate tout entière peut être complètement dilacérée et réduite en bouillie.

Le plus souvent, la lacération est localisée sur une étendue limitée de la surface de la rate.

Dans les *arrachements*, un fragment plus ou moins volumineux du parenchyme splénique se trouve complètement séparé du reste de la rate.

Le plus important des accidents causés par les rup-

tures spléniques est l'hémorragie. Lorsque le péritoine qui entoure la rate est sain et libre d'adhérences et que la loge splénique communique avec la cavité péritonéale, le sang, après avoir rempli cette loge, tend à diffuser au loin.

Mais, à part les cas de traumatismes extrêmes, avec hémorragie immédiatement profuse, le sang a une tendance manifeste à se collecter dans la loge splénique et à s'y prendre en caillots avant de diffuser vers les parties déclives de la cavité péritonéale. Les choses pourraient rester en cet état si les lésions spléniques ne sont pas trop prononcées.

Lorsque, par contre, les lésions spléniques sont plus profondes et que l'hémorragie continue malgré tout à se faire, une certaine quantité de sang diffuse dans la grande cavité péritonéale.

Ce n'est que dans les hémorragies très rapides et immédiatement très abondantes, avec lésions extrêmes de la rate, que le sang diffuse d'emblée dans toute la cavité abdominale, sans prédominer au niveau de la région splénique. Lorsque la rate, à la suite d'un traumatisme, se trouve largement rompue, l'hémorragie est si abondante qu'elle entraîne presque fatalement la mort si la lésion reste abandonnée à elle-même.

Dans les ruptures peu profondes, n'intéressant pas de vaisseaux volumineux, il survient un travail de cicatrisation spontanée des lésions spléniques.

1° DÉCHIRURE DES VAISSEAUX DU PÉDICULE.

Si une déchirure splénique siège au niveau du hile, la lésion peut intéresser les grosses branches vasculaires qui abordent la rate à ce niveau.

Cet accident se traduit par une hémorragie très abondante. Les vaisseaux spléniques peuvent encore être lésés à une certaine distance du hile, au niveau du pédicule splénique ou au niveau du pancréas.

Signalons la très grande fréquence des fractures des dernières côtes gauches, comme cause déterminante de certaines ruptures de la rate.

2° LES LÉSIONS DU REIN.

Le rein supporte tout autant que la rate les effets d'un traumatisme, qui, comme les tamponnements ou les écrasements, comprime fortement d'avant en arrière la partie gauche de la base du thorax.

Les lésions qu'on rencontre au niveau du rein vont depuis la simple ecchymose jusqu'au broiement complet.

Le premier degré est caractérisé par des ecchymoses sous-corticales. Lorsque la contusion a été plus violente, on trouve des épanchements sanguins dans la substance corticale et même dans la substance médullaire. Parfois la capsule fibreuse est rompue. La rupture se présente généralement sous forme de scissure à bords nets pénétrant jusqu'aux calices. Quelquefois

on rencontre de petites fissures multiples, disséminées sur la surface.

Dans les traumatismes très graves, le rein peut être coupé en deux moitiés; il est rarement complètement écrasé ou réduit en bouillie.

La déchirure du parenchyme rénal a pour effet de produire une hémorragie. Lorsque la capsule fibreuse propre n'est pas lésée, l'épanchement sanguin est exclusivement intra-rénal. Le sang se fait jour ordinairement vers les calices et donne lieu à l'hématurie.

Lorsque la capsule propre du rein est lacérée, le sang, en même temps qu'il s'écoule par les voies urinaires, s'épanche dans la loge péritonéale. Le sang distendant la loge périrénale donne naissance à l'hématome périrénal.

L'hématome périrénal en formation soulève le péritoine, se rapproche lentement de la paroi abdominale antérieure. Elle occupe l'hypocastre et le flanc. L'hématome suit parfois les vaisseaux spermatiques jusqu'à l'anneau inguinal ou l'uretère. Le plus souvent l'épanchement se limite plus tôt, parce que le foyer hémorragique se trouve comprimé en raison de la pression intra-abdominale à mesure qu'il grossit.

Les hématomes périrénaux peuvent disparaître rapidement, mais souvent ils subsistent longtemps, pouvant s'accroître par hémorragies successives. L'hématome peut s'infecter en donnant naissance à des abcès périnéphritiques. Le caillot, en s'organisant, peut distendre ou briser l'uretère et donner une hydrarèphrose.

Des branches de l'artère rénale ou les vaisseaux prin-

cipaux eux-mêmes peuvent être lésés. La déchirure des vaisseaux rénaux ou de leurs branches produit une hémorragie interne périrénale grave. Les déchirures du bassinnet donnent des épanchements urohématiques, des pseudo-hydronéphroses.

Le péritoine peut être déchiré au devant du rein.

L'épanchement sanguin se fait librement dans la cavité abdominale.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Deux phénomènes dominant toute la symptomatologie des ruptures associées de la rate et du rein gauche, comme d'ailleurs la plupart des déchirures des viscères richement vascularisées : ce sont le shock et l'hémorragie.

1° LE SHOCK

On observe presque toujours immédiatement après le traumatisme des symptômes de shock. Il s'agit de phénomènes d'inhibition nerveuse dus à l'inhibition du sympathique abdominal. Le shock peut quelquefois être léger. D'autres fois il est plus grave. Le blessé est immobile, le visage abattu, les yeux sans éclat, en partie voilés par les paupières, les pupilles sont dilatées, le regard est vague. La peau est blanche, les muqueuses sont pâles, les lèvres sont un peu bleuâtres, le front est couvert de sueur, les extrémités sont froides. La sensibilité générale paraît diminuée; le malade répond à peine et à voix basse aux questions qu'on lui pose.

La respiration est fréquente, irrégulière, superficielle, le pouls petit et rapide. On note parfois des nausées et même des vomissements. La sensibilité de tout le corps est considérablement amoindrie. Il faut des pincements cutanés vigoureux, des secousses énergiques pour que le patient ouvre les yeux. Si on soulève un membre, il retombe comme une masse.

La température axillaire est de un à deux degrés inférieure à la normale.

Le shock, commotion nerveuse, est indépendant de la perte sanguine, du moins dans les premiers moments qui suivent l'accident.

Son intensité varie avec les sujets étant fonction de l'état nerveux du blessé plus que de la blessure. Il dure plus ou moins longtemps; au bout de quelques heures les phénomènes dus à l'hémorragie interne s'y superposent.

Parfois la mort survient rapidement, avec accentuation de tous les signes ne laissant aucune possibilité à une thérapeutique active; la rapidité et l'abondance de l'hémorragie peuvent être la cause de l'issue fatale.

Généralement les phénomènes de shock durent peu et au bout d'une heure ou deux le blessé entre dans une période de calme relatif.

I. — LES SYMPTOMES GÉNÉRAUX.

Le blessé, après avoir surmonté les phénomènes de shock, s'affaiblit de nouveau. Il présente les signes d'une hémorragie interne, importante le plus souvent.

Il est pâle, abattu, a envie de dormir, présente des nausées. La température baisse progressivement, le pouls s'accélère, perdant de sa force et de son amplitude.

La chute de la température mesure l'importance de l'hémorragie. Au bout de quelques jours, le malade présente souvent une ascension de température à 38°-38°5. C'est souvent le signe de la résorption du sang épanché.

II. — LES SYMPTÔMES FONCTIONNELS.

Ils sont dominés par l'élément douleur.

Lorsqu'il n'est pas étourdi par le choc, au moment de l'accident, le malade ressent tout à coup dans l'hypocarde gauche et la région lombaire une douleur très vive, déchirante, s'accompagnant parfois d'une sensation de déchirure interne. Dans les heures qui suivent le début de l'accident, le blessé se plaint de douleurs spontanées, plus ou moins violentes au niveau du flanc gauche; signe très important, qui, joint à la notion d'une hémorragie interne, oriente le liagnostic vers la possibilité d'une rupture de la rate et du rein. Le plus souvent, la douleur est localisée à l'hypocarde gauche et à la région lombaire.

La douleur peut être généralisée à tout l'abdomen. Mais même dans ces cas la palpation de l'hypocarde et du flanc gauches détermine une douleur beaucoup plus intense que celle de tout autre point de l'abdomen.

III. — LES SIGNES PHYSIQUES.

L'inspection du tronc permet souvent d'apercevoir une ecchymose ou une plaie superficielle indiquant le point d'application de l'agent traumatique.

LA PALPATION permet de percevoir souvent deux signes d'importance :

a) *La douleur provoquée par la palpation.*

Tout l'abdomen peut être douloureux lorsqu'on le déprime, mais aussi la douleur peut être réveillée de façon élective au niveau du flanc gauche et dans la région lombaire gauche. La douleur marche souvent de pair avec la contracture, mais l'une et l'autre peut aussi tromper le clinicien en ne siégeant pas au point où les lésions sont à leur maximum.

b) *La contracture de la paroi abdominale.*

C'est un signe excellent dans la symptomatologie des contusions abdominales. Une contracture très intense de l'hypocarde gauche est indiquée dans 11 de nos observations. Cette contracture localisée à la région splénique est peut-être le signe le plus précieux du diagnostic d'après J. QUENN. Dans cinq cas elle était généralisée à tout l'abdomen justifiant une intervention immédiate.

La contracture généralisée ou localisée à une région de l'abdomen peut cependant faire croire à une lésion

viscérale qui n'existe pas (J. QUENN). Le Professeur BÉRARD insiste aussi sur la possibilité d'une contraction nette, tout au début dans les traumatismes abdominaux.

Malgré tout, ce signe est extrêmement important et ne trompe pas souvent.

Mais la contraction peut être absente, malgré les lésions viscérales. Elle peut avoir même une localisation anormale.

c) On peut parfois observer aussi du météorisme abdominal.

LA PERCUSSION. — La percussion de l'abdomen peut permettre d'observer une zone de matité dans le flanc gauche.

LES HÉMORRAGIES

Les hémorragies d'abondance moyenne de la rate donnent naissance à de la matité périsplénique localisée.

La matité splénique est parfois précoce dans son apparition. Mais le plus souvent le moment de son apparition est postérieur à celle de la contraction.

Les dimensions de la zone de matité augmentent à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'accident et elle finit par devenir une zone de matité absolue pouvant occuper tout l'hypocastre et le flanc gauche.

Quand le péritoine est rompu, le sang diffuse rapidement dans toute la cavité péritonéale et se collecte dans les parties déclives de celle-ci, c'est-à-dire dans les flancs lorsque le malade est en décubitus dorsal. La matité est alors bilatérale, au niveau des flancs et des fosses iliaques. Le sang étant coagulé et immobilisé autour de la rate, tandis qu'il est absolument libre et fluide dans la cavité péritonéale, il en résulte que la matité est toujours plus marquée à gauche qu'à droite et que dans les changements de position, elle est invariable du côté gauche tandis qu'elle est absolument variable du côté droit. C'est le signe de PITTS et BLANNACE.

Les signes précédents orientent franchement le diagnostic vers une lésion d'un organe intrapéritonéal. Ils peuvent permettre de suspecter une rupture de la rate, à l'origine des accidents observés.

L'association d'une lésion rénale à celle de la rate se révèle par un certain nombre de signes.

L'hématurie doit être toujours recherchée après les traumatismes abdominaux.

L'hématurie doit être toujours recherchée après les traumatismes abdominaux.

L'hématurie est considérée généralement comme le symptôme révélateur de la lésion rénale.

Le malade a des mictions sanglantes ou bien un catéthérisme ramène une mine plus ou moins teintée de sang.

L'hématurie peut cependant manquer (Obs. 7, 10, 24).

Il faut invoquer l'une des deux causes nécessaires à

l'absence d'hématurie : la présence de caillots dans l'uretère ou l'arrachement de l'uretère.

On doit toujours rechercher, surtout s'il y a hématurie, s'il existe un hématome lombaire.

L'hématome signifie la déchirure de la capsule propre et l'hémorragie interne rétro-péritonéale.

Il est le compagnon ordinaire de l'hématurie. Quelquefois il la précède, d'autres fois il la suit ou se montre même seul, l'hématurie faisant défaut.

Généralement, il faut de 12 à 24 heures pour que l'épanchement se révèle à notre examen.

Il est assez rare que la collection soulève la paroi antérieure.

La ligne du flanc n'est pas très déformée.

La région lombaire n'est pas déformée, étant donné la rigidité, l'épaisseur et la constitution de la paroi postérieure.

La percussion révèle au niveau de l'épanchement une submatité qui se transforme, au fur et à mesure que la collection grossit, en une matité de plus en plus marquée.

Il sera donc difficile, quelques heures après l'accident, de se rendre compte de l'importance de la lésion du rein en se basant sur l'examen clinique.

Dans le cas où l'hématurie manque, on ne fait pas le diagnostic de lésion rénale.

De l'étude symptomatique précédente, il est aisé de déduire que le rein manifeste en général, clairement, son atteinte par une hématurie, mais que les symptômes de rupture splénique sont plus difficiles à interpréter.

On ne saurait oublier qu'il existe aussi des lésions associées qu'il faudra éviter de laisser passer soit au cours de l'examen, soit au cours de l'intervention : fractures de côtes, hémithorax, lésions du foie, du pancréas, de l'autre rein, lésions de commotion ou contusion cérébrale.

CHAPITRE V

ÉVOLUTION — PRONOSTIC

Abandonnée à elle-même, la rupture associée de la rate et du rein entraîne toujours la mort. Des lésions rénales pas trop étendues seraient compatibles avec la survie, mais il n'en est pas de même des lésions spléniques, toujours graves.

La mort survient parfois très vite, deux ou trois heures, trois jours au maximum, par shock et hémorragie.

Le rôle du shock est bien mis en lumière dans l'observation 12 où l'autopsie montra qu'il n'y a presque pas de sang épanché dans la cavité péritonéale. Shock et hémorragie conjuguent leurs effets le plus souvent.

Observe-t-on ici, comme dans les ruptures spléniques isolées ce synchrome d'hémorragie retardée que J. QUENN trouve dans une proportion de 15 % dans les ruptures de la rate et sur lesquels les autres Lyonnais (PATEL, ALAMARTINE, PERRIN, TAVERNIER) ont insisté ?

Nos observations n'en apportent aucun exemple. L'observation 12 laissait place à la possibilité d'une hémorragie retardée, puisque la rate était arrachée

de son pédicule et que ce pédicule ne saignait pas primitivement; mais le blessé décéda en quelques heures.

Il y a une échelle de gravité depuis le cas à lésions intenses, avec mort rapide, à ceux où la seule splénectomie suffit à entraîner la guérison, en passant par ceux où il faut une splénectomie et une néphrectomie pour guérir le malade.

LE PRONOSTIC.

Il apparaît ainsi, toujours, d'une gravité considérable : 32 morts sur 47 cas, soit 68 % de mortalité.

Depuis 1920, quatorze observations ont été publiées avec 5 guérisons (ROUX, WALLACE, GOIGNARD, DUBOUCHER, DESJONCQUES), soit encore 64 % de mortalité.

L'intervention, pour être efficace, doit être effectuée de façon précise et précoce, ce qui n'est réalisable qu'avec un bon diagnostic.

CHAPITRE V

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic est toujours difficile à établir. Il est exceptionnel que l'on puisse affirmer une lésion associée de la rate et du rein gauche.

Mais on peut arriver au moins au diagnostic de lésion d'un organe intrapéritonéal avec contusion du rein.

On doit rechercher l'hématurie dans tout traumatisme abdominal, par cathétérisme s'il le faut.

Les signes abdominaux, parfois discrets, sont à étudier minutieusement. Les chirurgiens connaissent bien la difficulté que l'on éprouve à prendre une décision en matière de contusion abdominale.

Les signes d'hémorragie imposent le devoir d'agir au plus vite. La contracture est un signe de valeur, de même les douleurs spontanées et provoquées, la matité, quand ces signes se localisent à l'hypocarde gauche on soupçonne beaucoup la rupture de la rate.

C'est à la laparotomie qu'il faut recourir. Au cours de la laparotomie, on n'oubliera pas l'exploration du rein, si l'hématome périrénal et l'hématurie sont importantes. Inversement, cas plus rare, si l'importance

de la contusion rénale a poussé l'opérateur à inciser la région intra-péritonéale; il faut inciser au besoin le péritoine prérénal suivant le conseil de P. DUVAL.

D'ALLAINES fait remarquer qu'il est rare au point de vue chirurgie de rupture du rein parce que le péritoine prérénal, résistant, ne se laisse pas déchirer et ne laisse pas filtrer le sang dans le péritoine. Il faut donc penser à une lésion intrapéritonéale concomitante si l'on observe des phénomènes réactionnels du côté du péritoine et agir en conséquence. Qui dit « intervention précoce » ne dit pas « intervention d'emblée » et on peut toujours observer le malade pendant une demi-heure ou une heure pour voir si les signes progressent ou régressent avec le traitement habituel du shock.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Quand on examine les observations, on arrive aux conclusions suivantes :

1° Les cas où l'on s'est abstenu de toute intervention directe sur les organes lésés se sont terminés par la mort; il y a 100 pour 100 de mortalité.

2° Les cas où l'on n'a agi que sur le rein se sont terminés aussi par la mort : 100 p. 100 de mortalité.

3° Les cas où l'on a agi sur la rate et sur le rein donnent 50 p. 100 de mortalité.

Le traitement de la rupture associée de la rate et du rein gauche ne peut être qu'un traitement chirurgical, et le danger provient avant tout et le plus souvent de la rate. Une intervention qui ne traite pas la lésion splénique est vouée à l'échec. La contusion du rein est de gravité variable, mais présente en général un moindre danger. Le blessé est toujours dans un état grave, shocké; il faut remonter son état général et traiter les lésions de la rate et du rein (ce traitement ne pouvant être, au moins pour la rate, que chirurgical).

LE TRAITEMENT MÉDICAL.

Parmi tous les procédés, le traitement du shock (tonicardiaques, sérum glucosé, chauffage), il faut réserver une place d'honneur à la transfusion de sang, qui retire son maximum d'efficacité, quand on la fait post-opératoire, une fois tarie la source de l'hémorragie. Elle a été ainsi pratiquée par WALLACE, GOIGNARD et semble avoir contribué à leur succès de façon notable.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL.

C'est un traitement d'urgence. Il faut le mettre en œuvre le plus tôt possible. On doit néanmoins lutter d'abord contre le shock, remonter le blessé et savoir ne pas attendre trop, si l'affaiblissement du sujet progresse ou bien de faire place à un état général un peu meilleur.

L'anesthésie générale à l'éther paraît pour ces cas la moins dangereuse.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

LIGNE D'INCISION.

L'incision adoptée a été variable avec les cas. On a employé la simple incision médiane sus et sousombilicale, l'incision médiane avec débridement latéral, l'incision latérale le long du grand droit, l'incision hori-

zontale type SPRENGEL-BAZY, l'incision lombaire (après avoir enlevé la rate par une incision médiane, on enlève le rein par une incision lombaire.

Il semble un peu compliqué de faire deux incisions différentes, l'une pour enlever la rate, l'autre pour enlever le rein.

On sait bien pratiquer la néphrectomie par voie antérieure. C'est donc le cas de l'employer dans les ruptures associées de la rate et du rein.

En pratique, l'incision est menée de façon différente, suivant les circonstances étiologiques.

1° Le plus souvent le diagnostic est très imprécis.

On pense à une contusion abdominale, mais on ne saurait dire quel est l'organe lésé. Il faut y voir clair.

On fera alors la laparotomie médiane sus et sous-ombilicale qui mène rapidement au péritoine.

2° Quelquefois on pense à une lésion de la rate, on soupçonne même une lésion de la rate et du rein gauche.

Dans ces cas une incision type SPRENGEL-BAZY ou même une incision de LECÈNE-DENIKER peut donner satisfaction, quoique le jour donnant sur la cavité péritonéale laisse à désirer, ce qui est toujours regrettable.

3° Enfin, en cas d'intervention pour contusion rénale menée par voie lombaire, il faut savoir penser à la rate et inciser le péritoine prérénal si besoin est. En

réalité, si l'on soupçonne cliniquement une lésion intrapéritonéale, en plus de la contusion, il faut suivre la voie antérieure, sans aucun doute.

C'est *l'incision médiane avec débridement vers la gauche* qui sera employée le plus souvent, car on ne peut jamais savoir avant l'intervention l'étendue réelle des lésions. Ceci évitera des surprises.

EXPLORATION DES VISCÈRES ABDOMINAUX.

TRAITEMENT DES LÉSIONS SPLÉNIQUES.

L'exploration des viscères abdominaux doit naturellement être faite minutieusement. Le palper simple de la rate est souvent trompeur; il faut la voir, et pour cela débrider la paroi transversalement si l'on a quelques raisons de soupçonner que la rate est à l'origine des accidents.

En pratique, on est conduit à faire la *splénectomie*, opération en général facile, ne donnant pas lieu à des difficultés particulières.

Chez l'enfant, on a quelque difficulté pour extérioriser la rate, car l'incision n'est pas bien vaste et ne laisse pas passer la main tout entière, de sorte que l'on est conduit à extérioriser la rate par tractions successives sur l'estomac et l'épiploon gastro-splénique.

DÉCOUVERTE ET TRAITEMENT DE LÉSIONS RÉNALES.

COMMENT LES EXPLORER ?

Les uns suturent le péritoine, une fois le temps intrapéritonéal terminé, puis décolle le péritoine d'avant en arrière jusqu'à atteindre la loge rénale.

C'est l'accès extrapéritonéal de la loge rénale par voie antérieure (GIEGORRZ, PATEL).

D'autres incisent la péritoine en dehors du colon, pratiquant ainsi le décollement du colon et agissent sur le rein.

TRAITEMENT DES LÉSIONS ASSOCIÉES.

On peut être conduit à traiter des lésions associées (suture du foie, pancréatectomie, partielle, cuture du diaphragme).

FERMETURE. DRAINAGE.

La fermeture présente quelque difficulté dans les laparotomies médianes avec débridement transversal, mais ces difficultés ne sont jamais bien sérieuses.

Le drainage de la loge splénique est en général inutile. Toutefois, si l'on a dû rompre des adhérences dont le suintement persiste, un tamponnement peut être utile.

Le drainage de la loge rénale semble plus nécessaire en raison des décollements occasionnés par l'hématome qui n'est jamais évacué d'emblée dans sa totalité; quelquefois un léger suintement persiste à la fin de l'intervention.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. G. MICHEL. — *Rupture de la rate. Splénectomie.
Déchirures du foie. Tamponnement.*

Enfant de 14 ans, fut pris à la Chaudronnerie Lorraine entre un mur et une poutre de fer chargée sur une plaque tournante. L'enfant fut comprimé entre ces deux plans résistants, avant qu'on ait pu arrêter la plaque tournante.

Examen du malade :

Faciès très pâle, anxieux, répond difficilement aux questions. Respiration très fréquente, pouls imperceptible.

A l'examen de la poitrine, on constate, à gauche, des fractures des quatre dernières côtes.

Dès qu'on touche le ventre du côté gauche, l'enfant crie et se défend. A droite, la palpation est moins douloureuse. A la percussion, on trouve de la matité dans le flanc gauche.

A droite, submatité dans la fosse iliaque.

Laparotomie.

Du côté de la région splénique, tout l'hypocarde est rempli de sang. Extirpation de la rate.

A ce moment, l'enfant est presque mourant. On lui fait des injections de sérum et d'éther. Malgré les injections de sérum et d'huile camphrée, l'enfant succombe quelques heures après.

A l'autopsie, on trouve :

Du côté des reins : le rein droit présente une déchirure presque complète, avec vaste hématome sous-capsulaire.

Du côté du rein gauche, une hémorragie assez abondante, avec petites déchirures du parenchyme.

OBSERVATION II

M. GUIBAL (Nancy). *Revue Médicale de l'Est*, 1933, p. 743.

M. G... (C.-L.), dix-huit ans, serrurier, reçoit, au cours d'une cérémonie sportive, un poids de 7 kg. 250 lancé par un camarade. Le choc porte sur la partie inférieure du gril costal et la région lombaire gauche.

Le blessé éprouve aussitôt une douleur violente, accompagnée d'un malaise intense. Il doit s'étendre et ses camarades le font transporter aussitôt à son domicile, d'où un médecin appelé et frappé par sa pâleur le fait diriger sur l'hôpital où il est reçu dans le service du Professeur MICHEL.

Flanc gauche et hypocarde gauche contracturés, ventre droit souple. Laparotomie. Splénectomie.

On découvre alors un gros hématome provenant de la loge rénale. Décollement du côlon, néphrectomie, drainage, guérison. Le malade reprend ultérieurement son service.

OBSERVATION III

L. GRIMAULT. — *Rupture associée de la rate et du rein gauche. Bulletin de la Soc. Nat. de Chir.*, LVII, 7 juin 1931, p. 954.

Le manœuvre H. Joseph, âgé de 18 ans, reçoit, à 13 h., dans le ventre à gauche, au-dessous du rebord des fausses côtes, un violent coup de pied de cheval qui l'envoie rouler sur le sol. Le blessé, qui souffre beaucoup, est transporté par ses camarades à l'infirmerie de la mine, où il est vu une demi-heure après par un médecin.

La paroi abdominale est bien dépressible, la palpation provoque une douleur profonde très vive.

Revu à 17 heures par le médecin traitant, celui-ci constate une contracture de la paroi et pense à une lésion interne. C'est pour cette raison qu'il nous amène d'urgence l'accidenté à l'hôpital d'Algrange. Quand nous le voyons, l'état général est bon, le pouls bien frappé à 90.

La contracture de la paroi dans l'hypocarde gauche n'est pas très accentuée et une palpation prudente arrive à la déprimer un peu. Devant nous se produit une émission de 15 gr. d'urines sanglantes.

L'accidenté est minutieusement suivi, et ce n'est qu'à 22 heures que le tableau clinique se modifie assez brusquement.

Le blessé qui jusque-là était resté calme, commence à s'agiter.

Faciès anxieux, douleurs intolérables avec irradiation vers l'épigastre et l'épaule gauche léger ballonnement du ventre.

La paroi abdominale qui jusque-là présentait une contraction facile à vaincre se transforme en une véritable « défense de la paroi » que la main ne peut plus déprimer.

Elle occupe toute la moitié gauche de l'abdomen et déborde sur l'hypocordre droit, matité dans les flancs, surtout à gauche.

Le pouls commence à s'accélérer : 96.

Diagnostic : rupture de la rate et du rein gauche.

Intervention immédiate, aide Dr WILWERTZ, présent à l'opération Dr BURG. Laparotomie médiane verticale, sur laquelle nous branchons à gauche une incision horizontale. Par cette ouverture s'échappe un flot de sang, la cavité abdominale en est remplie. La main introduite rapidement dans le ventre explore la rate et découvre une lésion importante de cet organe. Le sang est épanché avec des champs, puis splénectomie facile et rapide.

Révision des autres organes abdominaux qui ne présentent pas de lésions. Par contre, découverte d'un gros hématome rétro-péritonéal gauche. Pour explorer le rein gauche nous prolongeons l'incision horizontale du feuillet pariétal du péritoine jusqu'au colon descendant. La loge rénale suinte beaucoup; contre-ouverture sur la ligne axillaire, au-dessous de la dernière côte qui donnera passage à un gros tube de caoutchouc destiné à drainer. Cette région est minutieusement reconstituée plan par plan; la hanche verticale suturée en un plan aux fils de bronze.

Guérison sans incident.

La rate atteinte dans sa partie inférieure a été séparée par le traumatisme en deux fragments, dont le plus petit représente le pôle inférieur de l'organe.

Le rein gauche présente sur toute son étendue de nombreuses taches ecchymotiques, sous-capsulaires, à la face postérieure du rein; vaste plaie transversale, très profonde, partant du milieu du hile, pour aboutir au bord externe.

OBSERVATION IV

SENCERT. *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1910, p. 604.

Emile A., manœuvre, est admis à l'hôpital de Nancy le 6 août 1908, à 6 heures du soir, pour une chute de 4 mètres de hauteur sur l'angle d'un wagonnet.

C'est le côté gauche du corps qui a porté. Pas de perte de connaissance. Douleur abdominale vive.

A l'examen : pâleur, anxiété, douleur dans l'hypocarde gauche, nausées, vomissements; ni selles, ni gaz, ni urine.

Température à 36°8, pouls à 120. Respiration brève et saccadée. Ecchymoses dans le flanc gauche.

Sensibilité diffuse et contracture réflexe à la palpation. Matité localisée à l'hypocondre gauche.

A 6 heures du soir, pouls à 140. Cathétérisme urétral; on retire 300 gr. de sang pur.

Aggravation rapide des symptômes généraux.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Quantité de sang liquide sans caillots. Rate en bouillie. Incision en décharge transversale. Forcippresure, puis ligature double du pédicule.

Le pancréas est alors aperçu complètement sectionné au niveau de la queue de l'organe. On enlève la portion détachée et on cautérise le moignon.

Gros hématome de la région prérénale que l'on respecte.

Suture de la paroi. Drainage avec une contre-incision, 2 litres de sérum.

Dans les jours suivants : température à 38°, abondante sérosité par les drains; courant d'oxygène, urines rouges assez abondantes. Le septième jour, pouls à 120, petit état général mauvais, sérosité louche par les tubes. Mort le huitième jour. L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION V

G. GROSS et H. HEULLY. *Revue Médicale de l'Est*,
1912, p. 452.

M. E. R., 31 ans, carrier.

Le 15 avril, fait une chute de 15 mètres de haut. Il est transporté chez lui. L'état de choc se dissipe rapidement et seule persiste une hématurie abondante, pour laquelle il entre à l'hôpital le 17 avril. Bon état général. Pouls à 80, pas de température. Emission spontanée, le soir, de 200 gr. d'urines sanglantes. L'exploration de l'uretère est négative. Les deux régions rénales sont sensibles.

Le ventre absolument souple et sonore. Diagnostic : rupture sous-capsulaire du rein gauche, le blessé souffrant un peu à gauche et étant tombé sur le côté.

Le 18 avril, même état, 900 gr. d'urines plus claires.

Le 19 avril, 1.200 gr. d'urine presque claire. La convalescence semble s'affirmer.

Le 20 avril. Le matin, état général excellent. Pouls 72. Urines claires et abondantes.

A midi, malaise; à 1 heure, syncope, à 2 heures, deuxième syncope. L'interne de garde, appelé, constate une tumeur mate dans l'hypocarde gauche.

Pouls rapide, petit, incomptable. Faciès pâle.

Je suis appelé et constate que le ventre est tombé à l'hypocarde gauche, qui est mat et résistant. Le reste du ventre est parfaitement souple. Pouls petit, entre 120 et 130. Etat syncopal. Diagnostic : Hématome rétro-péritonéal par rupture du rein gauche.

Intervention immédiate. Incision de néphrectomie.

. La loge rénale est normale; mais teinte violacée du feuillet péritonéal, qui, incisé, laisse s'échapper un flot de sang.

Fermeture de l'incision lombaire.

Laparotomie sus et sous-ombilicale. Flot de sang. Exploration du foie et du rein droit négative. Dans la loge splénique, caillots abondants. Elle est tamponnée.

Incision transversale jusque dans le flanc gauche.

La rate est le siège de déchirures multiples et profondes.

Splénectomie. Drainage. Fermeture du ventre en deux plans. Sérum. Huile camphrée.

Le poulx reste imperceptible et le blessé succombe une demi-heure après l'intervention.

L'autopsie montre des suffusions hémorragiques multiples dans le mésocolon, descendant dans le grand épiploon.

Des déchirures des faces supérieure et inférieure du foie.

Les ligatures du pédicule splénique ont été parfaitement hémostatiques.

Contusions et déchirures superficielles des deux reins.

La rate enlevée présente sur sa face convexe trois déchirures parallèles, profondes, dirigées d'arrière en avant, d'un bord à l'autre de l'organe et profondes d'un centimètre, à la face postérieure du rein, vaste plaie transversale, très profonde, partant du milieu du hile pour aboutir au bord externe.

OBSERVATION VI

GOIGNARD. *Bull. Soc. Nat. de Chir.*, 1930, p. 916.

Ruptures associées de la rate et du rein gauche.

C., 18 ans, est pris entre un mur et une charrette tirée par deux bœufs. Transporté à l'hôpital, on constate un état de collapsus extrême, pouls autour de 100, mais très petit, respiration très accélérée.

On constate une bande ecchymotique transversale à hauteur de l'ombilic. Le palper un peu douloureux *partout*, indique une défense vague et diffuse. Pas de matité nette dans les flancs. Le cathétérisme ramène des urines sanglantes. Diagnostic : contusion de l'abdomen avec lésions rénales.

Intervention immédiate. Incision médiane sus et sous-ombilicale qui est prolongée jusqu'à une hauteur ombilico-pulienne, puis en haut jusque le long de l'appendice xyphoïde.

Epanchement sanguin intra-péritonéal. Rupture de la rate. Ligature du pédicule du fragment supérieur et des trois adhérences diaphragmatiques; extirpation du fragment supérieur. Ligatures du pédicule du fragment inférieur; extirpation du fragment inférieur.

A gauche du colon descendant, hématome rétro-péritonéal. Incision du péritoine en dehors du colon descendant. Néphrectomie. Mèche dans la loge rénale sortant par une contre-ouverture sur la ligne axillaire. Transfusion. Parotidite, puis congestion pulmonaire. Guérison.

L'examen de la pièce a montré que la rate était un peu plus grosse que normalement : la déchirure du rein atteignait un calise.

OBSERVATION VII

DUBOUCHER. *Bull. Soc. Nat. de Chir.* Juin 1928, p. 918.

M. A. B. K., 31 ans, est pris entre un camion automobile et sa remorque.

Etat de shock; pouls 84.

Signes péritonéaux discrets, sauf une contracture droite. Il n'y a d'ailleurs qu'une simple vigilance de la paroi.

Hématurie. Une tumeur lombaire se constitue progressivement.

Intervention immédiate.

Incision de Bazy. Epanchement sanguin intra-péritonéal. Rate adhérente, augmentée de volume et rompue transversalement au-dessous du hile. Splénectomie. Suture du péritoine.

Le péritoine pariétal est décollé d'avant en arrière et la loge rénale ouverte. Rein rompu, néphrectomie. On laisse une mèche et un drain dans la loge rénale.

Guérison vérifiée dix mois plus tard; éventration latérale.

OBSERVATION VIII

VERGOZ. *Soc. Nat. de Chirurgie*, 1928, p. 918.

R. Pierre, 22 ans, est heurté par une automobile et reçoit un choc violent à la base du thorax, du côté gauche.

Une heure après l'accident, le malade paraît très anémié, et shocké. Pouls petit et rapide, respiration très accélérée.

Plaie superficielle du thorax.

Défense de la paroi abdominale, surtout à gauche, matité de l'hypocarde gauche. Diagnostic : rupture de la rate.

Incision transversale gauche, épanchement sanguin. Rupture étoilée de la rate. Pas d'adhérences. Splénectomie.

Le péritoine pariétal postérieur apparaît saillant, soulevé par un gros hématome très étendu.

Le péritoine est fermé par un surjet serré; puis il est décollé en direction de la loge rénale; le décollement est considérablement facilité par l'hématome.

Rupture du rein. Néphrectomie, en laissant une sonde à demeure sur le pédicule rénal.

Les suites opératoires sont d'abord excellentes, mais le sixième jour la température s'élève, atteint 40°, le huitième, l'abdomen se ballonne et l'opéré meurt le treizième jour. Pas d'autopsie.

OBSERVATION IX

LAGROT, *Soc. Nat. de Chirurgie*, février 1929.

Homme de 52 ans, tombe d'une hauteur de 12 mètres à 16 heures.

Examiné à 23 heures, il présente des signes d'anémie aiguë grave.

Au niveau de l'abdomen on constate une contracture de l'hypocarde gauche. Le flanc et la fosse iliaque gauches sont mats. Ecchymose et tuméfaction molle dans la région lombaire gauche. Hématurie abondante et répétée.

On pense à une lésion associée de la rate et du rein gauche.

Intervention; incision abdominale transversale gauche; inondation péritonéale. Rupture de la rate. Splénectomie.

Le rein gauche est examiné après décollement colopariétal.

On ne note pas de lésions de surface.

Le rein droit, examiné à son tour, est normal.

L'hématurie continue. Décès au bout de trois semaines par spléno-pneumonie.

OBSERVATION X

GUILLEMINET et PLANCHRE. *Lyon Chirurgical*, 1929.

H., 32 ans, serré entre deux tampons de wagon. Shock. Hématurie. Contracture de la paroi abdominale à gauche. Diagnostic : atteinte certaine du rein gauche, probable de la rate et possible de l'intestin. Incision médiane abdomen plein de sang; débridement latéral; rate éclatée passée dans le thorax par une rupture du diaphragme. Splénectomie. Suture du diaphragme. Mort sur la table. Autopsie : rupture du rein gauche.

OBSERVATION XI

Thèse de Ferry

H., 31 ans. Traumatisme direct. Douleur dans tout l'abdomen. Shock. Abdomen tendu, douloureux à l'hypocondre gauche, matité dans les flancs sans contracture de la paroi. Laparotomie sus-ombilicale. Splénectomie.

Légère déchirure du lobe gauche du foie, suture et tamponnement. Mort d'anurie le sixième jour.

Autopsie : rein gauche profondément déchiré et entouré d'un volumineux hématome; rein droit hydronéphrétique.

OBSERVATION XII

Un cas de rupture simultanée de la rate et du rein gauche
(Accident d'automobile. Splénectomie. Néphrectomie. Guérison). Jacques Roux, *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 1922, p. 119.

C. I., 43 ans. Accident le 22 novembre 1922, à 20 heures.

En motocyclette, heurte un camion, est jeté par terre. Ne peut se relever, souffrant atrocement dans son flanc gauche. Urine du sang. Fracture de la 11^e côte.

Traitement : huile camphrée.

Le 23, à 23 heures, est examiné par Roux.

Le malade s'affaiblit de plus en plus : renvois de gaz, envies de vomir. Pouls à 120.

Abdomen ballonné, sans être tendu, matité mobile.

Palpation non douloureuse, mais lorsqu'on relâche brusquement la main posée à plat sur l'abdomen on provoque une douleur très vive dans tout l'abdomen.

La palpation de la région lombaire gauche est très douloureuse.

Laparotomie sus et sous-ombilicale.

Une grande quantité de sang s'échappe de la cavité abdominale. Deux déchirures sur la face antérieure de la rate. Splénectomie. Rein, rupture en quatre morceaux : son pôle inférieur est séparé et libre. On ferme la cavité abdominale. Néphrectomie lombaire gauche.

Guérison.

OBSERVATION XIII

Un cas de rupture simultanée du rein gauche et de la rate.

ROCHER, *Journal de Médecine de Bordeaux*, février 1918.

Le 10 février, à 11 heures du matin, Jules H. tombe d'un arbre de 3 mètres sur un gros tronc d'arbre. Traumatisme de l'hypocondre gauche.

Le malade est examiné à 23 heures par ROCHER.

Anémie très prononcée, extrémités froides, muqueuses décolorées, pouls non perceptible. Conserve sa connaissance.

Endolorissement de tout le côté gauche du ventre; pas de matité dans les fosses iliaques, pas de défense musculaire.

Fracture des 9^e, 10^e et 11^e côtes. Cathétérisme : sang presque pur.

Traitement : réchauffement, sérum, huile camphrée, etc.

Le 11 février, à 8 heures du matin : état désespéré, plus de pouls, perte de connaissance, faciès décoloré, pouls à 30.

A 9 heures, mort.

Autopsie : la rate présente au bord antérieur deux déchirures sur la face externe qui se réunissent à la face interne pour constituer un long sillon traversant obliquement presque toute cette face et aboutir au pédicule vasculaire.

Le rein présente une rupture transversale à la partie moyenne.

Pédicule dilacéré, mais non sectionné. Grosse veine rénale déchirée, oblitérée par un caillot sanguin.

La portion supérieure du rein porte une contusion massive : fissures et craquelures nombreuses de la substance corticale.

OBSERVATION XIV

LATASTE, *I. de Méd. de Bordeaux*, n° 15, 12 avril 1914.

Déchirures traumatiques du rein et de la rate.

Enfant de 7 ans qui, il y a quelques jours, vers 4 heures de l'après-midi fit une chute d'une hauteur de 3 m. environ. Transporté à l'hôpital, le petit malade vu à cinq heures et demie, est en état de shock complet : hypothermie, pouls à 150. Toute la région abdominale, qui paraissait très douloureuse, était très dure, avec sonorité exagérée; après avoir fait une injection de sérum artificiel, LATASTE se décide à pratiquer la laparotomie. Le péritoine et l'épiploon offrent quelques taches hématiques mais pas de traces d'hémorragie. Du côté du péritoine pelvien, on voit une voussure déterminée par une masse sanguine située entre le rectum et la vessie. Rein gauche éclaté en étoile du côté du pôle supérieur. Suture du rein; l'hémorragie s'arrête.

Mort dans la nuit.

Autopsie : rein gauche, rupture en étoile. Cette rupture porte sur la capsule du parenchyme et les voies excrétrices. Elle n'avait donné lieu à aucun symptôme clinique.

Pas la moindre hématurie, la vessie du reste était vide.

Dans la loge splénique, la rate broyée flottait, presque complètement détachée de son pédicule. Malgré cela, il n'y avait pas d'épanchement sanguin.

OBSERVATION XV

CAPLESCO. *Bull. Soc. Nat. de Chirurgie*, 1908.

H., 14 ans. Chute d'une hauteur de 6 mètres, douleur dans l'hypocondre gauche et contracture.

Tuméfaction lombaire considérable et croissante. Hématurie. Signes d'hémorragie interne. Diagnostic : rupture du rein.

Laparotomie latérale sus-ombilicale. Rupture du rein. Néphrectomie. Déchirure de la rate au niveau du hile.

On abandonne un tamponnement de gaze dans la loge rénale.

Deux jours après ablation du tamponnement et drainage de la loge lombaire.

Guérison. Examen du sang : formule normale.

OBSERVATION XVI

G. BACHY. *Bull. de l'Académie de Chirurgie*, 1935, 1403.

Une jeune femme de 26 ans, très bien portante, mère de deux enfants, cultivatrice, a été bousculée par un cheval le jeudi 24 mai 1934, à 10 heures du matin. Elle est tombée et, par extraordinaire, le cheval lui a posé son sabot sur le thorax gauche. Elle s'est relevée elle-même, aidée par son entourage, elle a pu faire quelques pas, traverser la pâture. On l'a ramenée en carriole, descendue de voiture, elle s'est trouvée mal et on a dû la coucher. Au bout de quelques heures, un mieux sensible se déclarait. Le docteur HUBERT, de Maroilles, appelait à ce

moment, trouvait une malade en assez bon état, un peu inquiète, ne parlant pas de se lever, ce qui à juste titre a paru anormal au confrère; le pouls battait à 76, la malade ne présentait aucun phénomène d'angoisse et, à condition de se tenir tranquille, elle ne souffrait pas, elle n'avait pas de vomissements.

A l'examen, le docteur HUBERT note une douleur très vive dans la fosse réno-lombaire gauche, avec contracture de la paroi abdominale localisée à l'hypocondre et à la fosse iliaque gauche. Le reste du ventre est souple et la malade n'accuse aucune douleur à la pression dans l'hypocondre ou dans la fosse iliaque droite.

Le docteur Hubert pense à la possibilité d'un hématome rénal, à cause de la douleur ressentie dans la fosse lombaire. La malade a dû être sondée, les urines ne renfermaient pas de sang.

La contracture abdominale fait faire toute réserve au sujet d'une lésion abdominale. Le docteur conseille de laisser la malade couchée avec la glace sur le ventre. Avec un centigramme de pantopon spartéiné, la blessée repose toute la nuit.

Mais le lendemain matin cet état rassurant ne se maintient pas : on note à ce moment une aggravation des symptômes généraux, le pouls est plus rapide, la contracture s'étend à tout l'abdomen. La malade vient de romir et à ce moment-là, le docteur HUBERT constate un arrêt complet de la circulation intestinale depuis le moment de l'accident, c'est-à-dire depuis 24 heures.

Je vois la malade avec lui à 4 heures de l'après-midi.

Depuis onze heures, les symptômes se sont précisés : nous trouvons le pouls à 120, la contracture abdominale est très nette, elle a gagné le côté droit de l'abdomen; la malade a tendance à vomir.

Il n'y a ni gaz ni selle. température : 37°5. Fait capital, depuis 6 heures du matin, la malade rend des urines extrêmement sanglantes et on trouve une voussure manifeste dans la région réno-lombaire gauche du volume d'une tête d'enfant. Le diagnostic de contusion rénale est évident, reste la question de lésion intra-abdominale. Les symptômes relevés font penser à la possibilité d'une lésion du gros intestin, de l'intestin grêle ou du duodénum. C'est la complication la plus fréquente des traumatismes par coup de pied. Nous invoquons la possibilité d'une rupture de la rate et la famille accepte que la malade soit transportée à la clinique de Saint-Quentin où je l'opère à 8 heures du soir, c'est-à-dire 30 heures après l'accident.

A son arrivée à Saint-Quentin, son état n'est pas changé, il n'y a pas d'aggravation, le pouls est rapide, mais encore bien frappé, et il ne paraît pas nécessaire de faire du sérum intraveineux ou de transfusion.

Intervention. — Anesthésie à l'éther. Malade couchée sur le côté droit. Mise en place d'un billot dorso-lombaire. Incision curviligne embrassant à deux travers de doigt de distance le bord inférieur du thorax. En avant, l'incision sur le péritoine décèle l'existence d'un petit hématome dans l'hypocondre gauche.

L'incision agrandie un peu en avant permet de saisir très facilement la rate et de l'examiner. Le quart inférieur de la rate est noir : lorsqu'on prend cette rate dans la main, le quart inférieur se sépare spontanément du reste de l'organe, on achève cette séparation, on encapuchonne le pôle inférieur de la rate dans l'épiploon et on place deux gros points de suture au catgut n° 3 sur cette rate enveloppée d'épiploon, que l'on serre modérément, mais suffisamment pour faire l'hémostase.

On n'enlève pas la rate à ce moment, parce que l'hé-

morragie paraît très importante et qu'on cherche à restreindre le choc opératoire; cette tentative d'hémostase splénique donne l'impression qu'elle est suffisante. Me rapportant en arrière, j'évacue rapidement les caillots d'un énorme hématome rénal et, au milieu de ceux-ci, on amène dans l'incision un rein coupé en deux par le milieu : les deux fragments sont encore appendus au pédicule rénal. On lie le pédicule en deux faisceaux et on enlève le rein déchiré.

On place dans la fosse lombaire deux drains, une lame de caoutchouc ondulé et une mèche de gaz.

Les suites opératoires sont simples. Les drains ont été enlevés à partir du troisième jour. Les fils ont été enlevés le douzième jour. La malade s'est levée le dix-huitième jour. Elle a quitté la clinique au bout de 20 jours, et un mois après son accident elle a repris toutes ses occupations.

Il a été fait à plusieurs reprises une énumération globale, le pourcentage était absolument normal : il n'y avait aucun signe d'anémie ni de disproportion dans le taux des globules blancs, ce qui paraît un peu paradoxal, au moins au début, étant donné l'énorme épanchement dans la région lombaire gauche.

OBSERVATION XVII

G. BACHY. *Bull. de l'Acad. de Chir.*, 1934. 1. 1407.

Un homme de 69 ans, ouvrier agricole robuste, conduisant un attelage, a été projeté à 4 heures de l'après-midi, par ses chevaux qui se sont emballés au passage d'une

automobile, contre la barre d'attelage du chariot qu'il conduisait. Il a perdu connaissance, on l'a relevé et conduit chez lui.

Son médecin, le docteur PUCHE, ordonne son transport immédiat à l'hôpital. Il constate un état de choc très marqué avec pâleur de la face, rapidité et petitesse du pouls, angoisse et contracture abdominale dans l'hypocondre gauche, où a porté le traumatisme, et une douleur extrême dans la fosse réno-lombaire. Il ne peut pas faire uriner le malade, ce qui a été signalé dans la feuille d'envoi à l'hôpital.

À l'Hôtel-Dieu, à 8 heures du soir, l'état de choc s'est encore aggravé, la contracture abdominale est nette, on fait le diagnostic immédiat de fracture de côtes, en constatant une crépitation osseuse et le chevauchement de fragments de trois côtes cassées au niveau des 7^e, 8^e et 9^e côtes.

La contracture abdominale est absolue, dans l'hypocondre gauche, elle gagne tout l'abdomen. Je sonde le malade, je ramène des urines parfaitement sanglantes.

Je constate d'autre part l'existence d'une vaste plaie contuse des parties molles de la jambe droite, longue de 16 cm, avec décollement de la peau et arrachement des muscles. La lésion de l'abdomen est cataloguée : plaie concomitante de la rate et du rein. On décide de faire une laparotomie immédiate. Le malade reçoit une injection intraveineuse de 500 gr. de sérum additionnée de caféine. On lui fait une grosse piqûre d'huile camphrée.

Intervention. — Malade couché sur le côté droit avec un billot mis en place en-dessous des côtes. Anesthésie à l'éther.

Je trace une grande incision curviligne embrassant le bord inférieur du thorax et contournant ce bord infé-

rieur à un travers de doigt; la 12^e côte est dénudée et la fosse réno-lombaire s'ouvrent comme un livre, la main plonge dans la loge splénique, ramène à la surface, le pédicule splénique auquel sont appendus 4 ou 5 fragments de rate éclatée; deux fils sont placés sur ce pédicule et les vaisseaux courts.

Puis la main extériorise avec la plus grande facilité le rein broyé en trois morceaux. On constate l'intégrité du diaphragme : à noter qu'il n'y a pas de lésions viscérales sur le gros intestin.

Une fois que tout le sang qui encombre la cavité abdominale est péanché, les pédicules spléniques et rénaux sont liés. La cavité abdominale est fermée avec un gros drain placé dans la fosse splénique, une série de points serrés fermant la paroi musculaire, en laissant sortir un deuxième drain de la loge rénale. La peau est recousue le plus rapidement possible avec un grand surjet. Le malade reçoit de nouveau 1.500 cc. de sérum par voie intraveineuse.

Le lendemain, le malade reçoit un litre de sérum et des toni-cardiaques.

Le surlendemain, il reçoit du sérum salé intra-rectal.

Il commence à rendre ses gaz le deuxième jour, le pouls se remonte.

On commence à espérer le tirer d'affaire lorsque le sixième jour des phénomènes de congestion pulmonaire se déclarent et se confirment : une condensation brutale du poumon du côté de la fracture des côtes s'accroît, des phénomènes de broncho-pneumonie s'affirment, qui emportent le blessé le neuvième jour après l'accident.

Un examen de la formule sanguine faite au quatrième jour ne montre aucune modification appréciable, en dehors d'une très légère chute du nombre des hématies.

OBSERVATION XVIII

DESJACQUES. *Lyon Chirurgical*, 1936, p. 510. 1.

L'enfant C. Georgette, âgée de 12 ans, sans antécédent pathologique particulier, est amenée à l'Hôtel-Dieu, le 28 juillet 1935, avec des signes de contusion abdominale. Deux heures avant, poussée par une camarade, elle a fait dans le fossé d'un fort une chute de 5 mètres de haut. Je l'examine à son arrivée, l'enfant est pâle, très shockée, le pouls faible à 150. Elle se plaint de vives douleurs abdominales. De fait, l'abdomen est uniformément contracturé, mais un peu plus à gauche; la sonde vésicale ramène du sang rayé, et devant moi la malade vomit du sang en petite quantité. On pense qu'il s'agit d'une rupture du rein et de contusion d'un organe intrapéritonéal.

Intervention (Dr DESJACQUES, M. PERRON).

Anesthésie générale. Incision médiane centrée sur l'ombilic; il s'écoule une importante quantité de sang :

L'incision est alors débridée vers la gauche : la rate est trouvée rompue : la déchirure est profonde à l'union du tiers supérieur et du tiers inférieur, on réalise rapidement la splénectomie. Il existe un hématome sous-péritonéal important : décollement du colon; le rein gauche est rompu à sa partie moyenne; on fait une néphrectomie gauche.

Une mèche est laissée adns la loge rénale et sort à l'extrémité gauche de l'incision. Fermeture rapide aux fils métalliques. La malade s'affaiblit progressivement: le décès survient le lendemain de l'opération.

A l'autopsie : pas de rupture du foie; diaphragme intact.

A l'ouverture du thorax : poumon droit un peu congestif, avec quelques adhérences au sommet.

A gauche, il existe un hémothorax important de 400 cc. environ; le sang provient d'un gros foyer de contusion pulmonaire au niveau du lobe inférieur : ce foyer, de la taille d'une orange, communique avec la cavité pleurale par un tout petit orifice.

CONCLUSION

Il résulte de cette modeste étude, et surtout de la lecture des observations, que les ruptures associées de la rate et du rein gauche ne se voient que dans les grands traumatismes, que leur symptomatologie est souvent capricieuse et parfois déficiente.

Le diagnostic en devient forcément très difficile.

Elles sont toutes justiciables d'un seul traitement : l'intervention précise et surtout précoce.

BIBLIOGRAPHIE

- BAURIC. — Des indications opératoires dans les ruptures traumatiques du rein (*Thèse*, Paris 1911-1912).
- CAPLESKO. — Rupture de la rate et du rein gauche (*Bulletin et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, 1908, p. 117).
- DEGORCE. — Rupture associée de la rate et du rein gauche (*Bull. de la Soc. Méd. Chir. de l'Indochine*, 1924, II, p. 76).
- DESJACQUES. — Contribution à l'étude des ruptures de la rate et en particulier des ruptures associées de la rate et du rein gauche (*Lyon Chirurgical*, janv.-fév. 1930).
- DESJACQUES, BÉRARD, LATHURAY et VIOLET. — Les ruptures associées de la rate et du rein gauche (*Revue de Chirurgie*, 1930).
- DUBOUCHER. — Rupture de la rate et du rein gauche (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, 1930, p. 916).
- FERRARI, LAGROT et MORAND. — Ruptures traumatiques de la rate (*Algérie Médicale*, 1928, p. 147).
- JOIGNARD. — Ruptures associées de la rate et du rein gauche (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, 1936, p. 916).
- GRIMAUULT (L.). — Rupture associée de la rate et du rein gauche (*Bull. et Mém. de la Société Nat. de Chirurgie*, t. LVII, 7 juin 1931, p. 954).
- GROSS et HEVILLY. — Ruptures de la rate (*Revue Médicale de l'Est*, 1912, p. 452).
- GUIBAL. — Rupture de la rate et du rein gauche (*Rapport de Proust à la Société Nat. de Chirurgie*, 21 déc. 1932).
- Rupture de la rate et du rein gauche (*Revue Médicale de l'Est*, 1933, p. 243).

- GUILLEMINET. — Ruptures de la rate et du rein gauche (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, février 1929).
- HUGUES. — Rupture of the kidnez and spleen (*Proc. of the Path. Soc. of Philad.*, 1897).
- LAGROT. — Rupture de la rate et du rein gauche (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, février 1929).
- LARDENNOIS. — Contribution à l'étude des contusions et ruptures du rein (*Th. de Paris*, 1907-1908).
- LATASTE. — Déchirures traumatiques de la rate et du rein (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1914, p. 389).
- MOINEAU. — Contusions et déchirures du rein (*Thèse*, Paris 1901).
- PETROFF. — Rutupres intra péritaréales des reins (*Thèse*, Lyon 1901).
- PORREAU. — Contusions du rein (*Thèse*, Paris 1882).
- PLAUSON. — Etude sur les contusions et les ruptures traumatiques de la rate (*Thèse*, Paris 1909).
- PUEL. — Contribution à l'étude de la rupture traumatique de la rate et de leur traitement (*Thèse*, Bordeaux 1916).
- ANENU (J.). — Diagnostic et traitement des ruptures traumatiques de la rate avec hémorragie en péritonie libre (*I. de Chirurgie*, 1926, XXXVIII, p. 393-420, Masson, 1926).
- ROCHER. — Un cas de rupture simultanée du rein gauche et de la rate (*Journal de Médecine de Bordeaux*, fév. 1918).
- ROUX. — Un cas de rupture simultanée de la rate et du rein gauche (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1922, p. 119).
- VAUVERTS. — De la splenectomie (*Thèse*, Paris 1897-1898).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION	5
HISTORIQUE	7
CHAPITRE I — Etiologie	9
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.	13
a) De la rate	13
b) Du rein.	16
CHAPITRE III. — Etude clinique	19
CHAPITRE IV — Evolution et Pronostic	27
CHAPITRE V. — Diagnostic	29
CHAPITRE VI. — Traitement.	31
CHAPITRE VII. — Observations	37
CONCLUSIONS	59
BIBLIOGRAPHIE	61

Vu :

Nancy, le 29 Mai 1937.

Le Président de la Thèse :

HAMANT.

Vu et approuvé

Nancy, le 31 Mai 1937.

Le Doyen de la Faculté de Médecine

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 2 Juin 1937.

Le Recteur de l'Académie,

BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

